



درمان شناختی – رفتاری اختلال تبدل خواهی جنسی با تأکید بر درمان معنوی: بررسی موردی

دکتر محمد خدایاری فرد*، دکتر محمدرضا محمدی**، یاسمین عابدینی***

چکیده

هدف: هدف از این نوشتار، گزارش بررسی و درمان یک دانشجوی مرد ۲۰ ساله دارای اختلال تبدل خواهی جنسی با استفاده از درمان شناختی – رفتاری با تأکید بر درمان معنوی است.

روش: طی ۳۰ جلسه درمانی (هر هفته یک بار) روش‌ها و شیوه‌های آموزش خودپایی، حل مسئله، مثبت‌نگری (فردی و خانوادگی) و درمان معنوی اخلاقی به کار برده شد.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که پس از شرکت مراجع در جلسات درمانی، از تمایل او به ارتباط جنسی با جنس موافق کاسته شده، شرکت در فعالیت‌های مربوط به جنس خود را پذیرفته و از کوشش برای تغییر جنسیت دست برداشته است.

نتیجه: یافته‌های به دست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و هم‌چنین پی‌گیری یک‌ساله پس از درمان، کارآیی این روش را در درمان اختلال یادشده نشان داد.

- :

آماره اختلال‌های روانی (DSM-IV)^۱، انجمن

بر پایه معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و روانپزشکی آمریکا، (۱۹۹۴)، در اختلال هویت

* دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی کودک، دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. تهران، خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر کدپستی ۱۴۴۵۴ (نویسنده مسئول).
E-mail: Khodayar@ut.ac.ir

** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استاد و مدیر گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

*** دانشجوی دکترای دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. تهران، خیابان جلال آل احمد، روبروی کوی نصر کدپستی ۱۴۴۵۴.

1- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)

جنسی (GID)^۱ ترجیح قوی و دایمی برای به‌دست آوردن نقش و وضعیت جنسی جنس مقابل دیده می‌شود. این اختلال ممکن است به‌صورت کلامی با تأکید شخص بر تعلق داشتن به جنسیت مقابل یا غیرکلامی و با داشتن رفتار جنس مقابل خود را نشان دهد. جزء خلقی اختلال هویت جنسی، ناخشنودی جنسی^۲ نامیده می‌شود که ممکن است در اثر ناهماهنگی جنسیت زیست‌شناختی فرد از یک سو و آرزوی بودن عضوی از جنس مقابل ازسوی دیگر به وجودآمده باشد. شکل عمده‌ی اختلال هویت جنسی که در DSM-III-R به آن تبدیل‌خواهی جنسی^۳ گفته شده است بیشتر در برگیرنده تلاش برای بودن عضوی از اعضای جنس مقابل در اجتماع و هم‌چنین به‌کاربردن درمان‌های هورمونی و جراحی برای به‌دست آوردن تشابه ظاهری با جنس مقابل است (سادوک^۴ و سادوک، ۲۰۰۰).

با این که بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی وجود نقش عوامل زیست‌شناختی و ژنتیکی در اختلال تبدیل‌خواهی جنسی هستند (گلدر^۵، ۱۹۹۶؛ به نقل از واکر^۶ و روبرتز^۷، ۲۰۰۱)، هیچ نوع دارویی برای درمان این اختلال در دست نیست و درمان به‌کمک تجویز هورمون و انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت تنها درمان‌های روان‌پزشکی شناخته شده برای این اختلال هستند که هیچ یک از آن‌ها نیز موفقیت کامل نداشته است. نتایج بررسی‌های انجام‌شده در زمینه پی‌گیری پس از درمان افرادی که به‌کمک عمل جراحی تغییر جنسیت داده‌اند، نشان داده‌است که این افراد پس از جراحی هیچ تغییر معنی‌داری از نظر میزان سازگاری نشان نداده‌اند و ۳۱ درصد از افرادی که عمل جراحی انجام داده‌اند، از کار خود پشیمان هستند. این امر متخصصان بالینی را نسبت به تغییر جنسیت به عنوان یک راهبرد درمانی سودمند و مؤثر دچار تردید کرده است (لیندمالم^۸، کورلین^۹ و آدنبرگ^{۱۰}، ۱۹۸۶؛ به نقل از واکر و روبرتز، ۲۰۰۱). در این باره لاتشتین^{۱۱} (۱۹۸۰) نیز به‌موردی اشاره کرده است که تصمیم برای تغییر جنسیت او

نادرست و زودرس بوده است. بنابراین، بسیار مهم است که متخصصان بالینی با احتیاط کامل به درمان بیماران جوان پردازند و پیش از تصمیم‌گیری برای جراحی، بیمار را به بهره‌گیری دست‌کم یک دوره‌ی یک‌ساله درمان‌های روان‌شناختی تشویق کنند (مین‌برگ^{۱۲}، ۱۹۹۹).

هم‌چنین دیده شده است اخلاق درمانی^{۱۳} و رویکردهای درمان معنوی^{۱۴} و مذهبی، در درمان اختلال تبدیل‌خواهی جنسی نوجوانان بسیار مؤثر است (برادلی^{۱۵} و همکاران، ۱۹۷۸؛ رکرز، ۱۹۹۵؛ رکرز^{۱۶}، کیلگاس^{۱۷} و روزن^{۱۸}، ۱۹۹۰). درمان معنوی برای اختلال هویت جنسی از پشتوانه تجربی نیز برخوردار است. والترز^{۱۹} و وایت‌هد^{۲۰} (۱۹۹۹) در یک بررسی موردی نشان دادند که یک پسر ۱۲ ساله دارای اختلال تبدیل‌خواهی جنسی، به‌کمک درمان معنوی به زندگی خود به عنوان یک مرد ادامه داد. هم‌چنین چیس^{۲۱} (۱۹۹۹) خانواده درمانی را برای درمان گروهی از افراد مبتلا به اختلال در گروه سنی ۲۷-۴ سال سودمند گزارش نمود. اگر چه روش‌های درمان مذهبی و معنوی و هم‌چنین خانواده درمانی از جمله روش‌های درمانی مؤثر در درمان اختلال‌های هویت جنسی هستند (رکرز، ۱۹۹۷؛ بارلو^{۲۲}، ابل^{۲۳} و بلانچارد^{۲۴}، ۱۹۷۹)، تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی نقش روش‌های درمان شناختی- رفتاری در بهبود و درمان GID پرداخته است. از این رو با توجه به ویژگی‌های فرهنگی کشور ما که ممکن است مبتلایان به اختلال تبدیل‌خواهی جنسی نه‌تنها به‌عنوان بیمار شناخته نشوند، بلکه

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1- gender identity disorder | 2- gender dysphoria |
| 3- transsexualism | 4- Sadock |
| 5- Gelder | 6- Walker |
| 7- Roberts | 8- Lindmalm |
| 9- Korlin | 10- Uddenberg |
| 11- Lothstein | 12- Meyenburg |
| 13- ethical therapy | 14- spiritual therapy |
| 15- Bradeley | 16- Rekers |
| 17- Kilgus | 18- Rosen |
| 19- Walters | 20- Whitehead |
| 21- Chase | 22- Barlow |
| 23- Abel | 24- Blanchard |

رفتارهای آنها نوعی اعمال بزهکارانه و گمراهی به شمار آید و از سوی دیگر انجام عمل جراحی برای تغییر جنسیت در کشور ما آسان نیست، هدف اصلی این پژوهش شناسایی نقش روش‌های شناختی- رفتاری با تأکید بر درمان معنوی در بهبود و درمان یک جوان مبتلا به اختلال تبدل‌خواهی جنسی است.

در این پژوهش یک دانشجوی مرد ۲۰ ساله دارای اختلال تبدل‌خواهی جنسی به کمک رویکرد شناخت- رفتار درمانگری مبتنی بر درمان معنوی، درمان شده است. پس از مصاحبه‌ی بالینی با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و تشخیص اختلال تبدل‌خواهی جنسی توسط روان‌شناس بالینی (نویسنده اول مقاله)، برای بررسی وضعیت روانی آزمونه‌های SCL-90-R^۱ و MMPI^۲ نیز به کار برده شد. گفتنی است که این آزمونها ۲ بار برای مراجع اجرا و تفسیر شد (پیش و پس از درمان). سپس برای اطمینان بیشتر از نوع اختلال به پرونده پزشکی و سابقه‌ی خانوادگی وی مراجعه و مراجع به روان‌پزشک نیز ارجاع داده شد و تا یک سال پس از درمان، مورد پی‌گیری قرار گرفت.

شناخت- رفتار درمانگری شامل روش‌های گوناگونی است که وجه مشترک همه‌ی آنها، تأکید بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان شناختی است. در این رویکرد درمانی با بهره‌گیری از شیوه‌های آزمایشی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی به درمان و بهبود الگوهای پاسخ‌دهی نادرست پرداخته می‌شود. هم‌چنین در شناخت - رفتار درمانگری بر کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نا یافته‌ی درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته‌تر، تأکید می‌شود (زارب^۳، ۱۳۸۱).

پس از تشخیص نوع اختلال آزمودنی، در جلسات درمانی با همکاری روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک روش‌های زیر به کار گرفته شد:

(۱) خودپایی^۴ با تهیه‌ی جدول خودگزارش‌دهی فعالیت‌ها و اعمال روزانه: آزمودنی برای تهیه‌ی این جدول نخست باید ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت کرده و سپس رفتار و کردار خود را در این جدول ثبت می‌کرد.

(۲) مثبت‌نگری^۵ یا شناخت نقاط قوت افراد: در این روش آزمودنی تشویق می‌شد تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسی نموده و نقش آن‌ها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازیابی کند. این روش می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۹).

(۳) مشکل‌گشایی^۶: یکی از روش‌های رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلال‌های افراد، مشکل‌گشایی است و هدف کلی آن آموزش و کمک به افراد است تا بتوانند نسبت به توانایی‌های خود بینش و اطمینان پیدا کنند و از این توانایی‌ها برای رویارویی مؤثر با مشکلات زندگی روزمره‌ی خود بهره‌گیرند.

(۴) خانواده درمانی^۷: شکلی از درمان کل اعضای خانواده، به عنوان یک گروه است که توسط درمانگر انجام می‌شود. در این روش درمانی آسیب‌شناسی یا بیماری یکی از اعضای خانواده بازتاب آسیب‌شناسی یا اختلال‌های عمیق‌تر سامانه‌ی روابط خانواده تلقی می‌شود. از این‌رو، خانواده واحد درمانی به‌شمار می‌آید و تغییر تعامل خانواده، راه درمان عضو بیمار شمرده می‌شود (هی‌لی، ۱۳۶۵).

1- Symptom Check List -90-Revised

2- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

4- self-monitoring

6- problem-solving

3- Zarb

5- positive thinking

7- family therapy

۵) تغییر باور^۱ و نگرش: در روش شناخت درمانگری، برداشت‌های انسان از رویدادها، عامل اختلال‌های روانی و عاطفی شمرده می‌شود نه خود آن رویدادها و می‌توان به بیمار کمک کرد تا با شناسایی خطاهای فکری خود، برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر را جایگزین آنها کند (هادوک^۲ و اسلید^۳، ۱۳۷۷).

۶) درمان معنوی و اخلاقی^۴: بیرام‌کاراسو^۵ (۱۹۹۹) درمان معنوی و اخلاقی را شیوه‌ای از روان درمانی می‌داند که نیاز به جداسازی دو مفهوم روان و روح^۶، به منزله‌ی مفاهیم ماورای فردی دارد. گفتنی است که در کتاب‌های مرجع روانشناسی این واژه‌ها کم و بیش به یک مفهوم آمده‌اند (کرسینی^۷، ۱۹۹۹). درمان معنوی بر دو اصل مهم استوار است: یکی رسیدن فرد به سرزندگی روان^۸ که مستلزم عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به متعلقات است و دیگری رسیدن فرد به معنویت^۹ که نیازمند اعتقاد به مذهب، اعتقاد به یگانگی و اعتقاد به دگرگونی می‌باشد.

ویلام^{۱۰} (۲۰۰۰) اصول درمان معنوی را به شرح زیر می‌داند:

۱- عشق به دیگران: که مستلزم تمایز خویش، بخشش و پذیرش تمام و کمال دیگری است.

۲- عشق به کار: که اگر با فداکاری و از خودگذشتگی همراه شود می‌تواند راهی برای سرزندگی روان باشد.

۳- عشق به تعلقات: که برآیند زندگی کردن و همکاری با دیگران است و عاملی برای حسن‌نیت، صمیمیت و رشد معنوی است.

۴- اعتقاد به معنویات: که به معنی اعتقاد به حرمت هر چیزی است که در اطراف ماست و نیازمند دورشدن از دارایی‌های مادی است.

۵- اعتقاد به وحدانیت: به معنی احساس نامتمايز بودن از دنیای بیرون (طبیعی و ماورا طبیعی) است که برای انسان آرامش به همراه دارد.

۶- اعتقاد به معاد (دگرگونی): اعتقاد به پیوستگی معنوی و تولدی دوباره است (ویلام، ۲۰۰۰). در این روش درمانگر با پرورش یک وجود سرزنده و معنوی و هدایت درمان، بر پایه‌ی شش اصل یادشده، می‌تواند درمانجو را به خود حقیقی خویش برساند.

برای درمان مراجع پس از اطمینان از درستی تشخیص در نشست‌های درمانی، نخست نتایج آزمون‌های اجرا شده، برای مراجع تفسیر و توضیح داده شد. هم‌چنین به او گفته شد که نشست‌های درمانی هم به صورت انفرادی و هم به صورت خانوادگی خواهد بود و برخی از نشست‌ها نیز باید با شرکت روان‌شناس و روان‌پزشک و به صورت گروهی تشکیل شود. سپس در یک نشست خانوادگی یافته‌های به دست آمده از آزمون‌های انجام شده برای پدر و مادر تفسیر شد و برای آن‌ها نیز توضیح داده شد که مشکلات مراجع، تا اندازه‌ای ناشی از وجود مشکلات خانوادگی و روابط نادرست میان اعضای خانواده است. از این رو، همکاری و مشارکت والدین در امر درمان ضروری است و والدین می‌توانند با ایجاد جو خانوادگی سالم، عاطفی و یک‌پارچه جریان درمان را آسان‌تر سازند. درمانگر در نشست‌های خانوادگی، ضمن توضیح مشکل‌گشایی و نقش آن در ایجاد روابط خانوادگی مثبت و سالم، این روش را به طور عملی در جمع اعضای خانواده اجرا کرده و از آن‌ها خواست تا برای حل مشکلات روزمره‌ی خود این روش را به کار گیرند. او به بیان نقش مثبت نگرش در افزایش عزت نفس و کاهش احساس حقارت افراد و ایجاد جو عاطفی‌تر خانوادگی پرداخت و ضمن آموزش کامل مراحل مثبت نگرش خانوادگی به صورت عملی، از اعضای خانواده خواست تا نشست‌های مثبت‌نگری را به صورت هفتگی برگزار کنند.

1- believe	2- Haddock
3- Slade	4- spiritual and ethical therapy
5- Byramkarasu	6- spirit
7- Corsini	8- soulfulness
9- spirituality	10- Willam

تمامی نشست‌ها تا این مرحله صرفاً توسط روان‌شناس بالینی (نویسنده اول مقاله) اداره می‌شد و درمان توسط وی صورت می‌گرفت. در این مرحله از درمان برای تقویت امر درمانی، کار گروهی و مشارکتی روان‌شناس بالینی و روانپزشک (نویسنده دوم مقاله) آغاز شد و درمان مراجع به کمک روش درمان معنوی بیرام کاراسو (۱۹۹۹) ادامه پیدا کرد. در این روش ضمن توضیح مراحل گوناگون زندگی انسان و سیر تکاملی او، برای مراجع تشریح شد که زندگی انسان دارای سه مرحله جنینی، دنیوی و اخروی می‌باشد و انسان در این مسیر تکامل یافته و رشد می‌یابد تا به هدف اصلی و نهایی خود که همان حیات معنوی است برسد. سپس از مراجع خواسته شد تا ضمن برشماری هدف‌های اصلی و معنوی خود، آهسته آهسته و گام به گام به سوی این هدف‌ها حرکت کرده و به آن‌ها نزدیک‌تر شود.

از مراجع خواسته شد گزارش‌های روزانه‌ی مربوط به هفته‌های آینده را در ارتباط با نقش جنسیتی واقعی خود یعنی پسر بودن تهیه و اهداف و فعالیت‌های خود را به طور کامل گزارش و ثبت کند.

مراجع آقای ع ۲۰ ساله، دانشجو، دارای پدر ۵۴ ساله، مادر ۵۲ ساله، ۴ برادر و ۵ خواهر و فرزند ششم خانواده است.

روش درمانی: درمان شناختی- رفتاری با تأکید بر معنویت درمانی.

طول درمان: ۳۰ جلسه با مراجعه‌ی هر هفته یک بار. مراجع در نخستین جلسه به درمانگر اظهار کرده است: «از سنین کودکی یعنی از ۵ سالگی خودم را دختر می‌دانستم و تمایل داشتم مانند خواهرانم باشم و همیشه می‌گفتم دختر هستم. از ۷ سالگی با یکی از نزدیکانمان رابطه‌ی جنسی داشتم و همیشه مفعول واقع می‌شدم. هم اکنون نیز تمایل دارم که با یک مرد ازدواج کنم و تشکیل زندگی بدهم. همیشه از داشتن

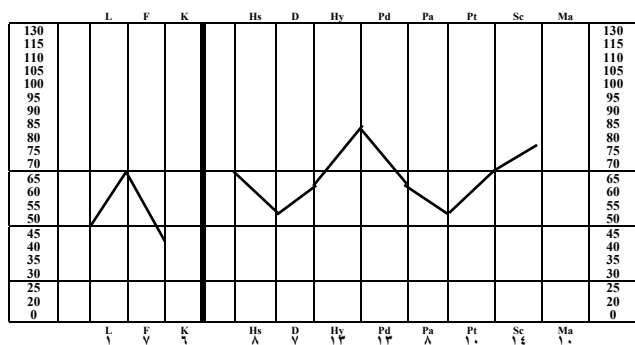
آلت تناسلی مردانه، ناراحت بوده‌ام و در رویاهایم همیشه فکر می‌کنم که یک زن هستم و با مرد دلخواه خود رابطه دارم و ازدواج می‌کنم. حالا هم به این نتیجه رسیده‌ام که روزی می‌رسد که عمرم تمام شود و به آرزوی خود نرسم، به همین دلیل چندین بار اقدام به خودکشی کرده‌ام و مرا نجات داده‌اند».

در جلسه‌ای که با پدر مراجع برگزار شد وی اظهار کرد. «از زمانی که این فرزندم به دنیا آمد به مدت ۷ سال در جبهه بودم و نمی‌توانستم در خانه باشم و این پسر در کنار مادر و خواهرانش بزرگ شده است. هیچگاه با همسرم رابطه‌ی خوبی نداشته‌ام؛ او فردی بی سواد و روستایی است و نتوانسته است فرزندانش را خوب تربیت کند و همیشه از زندگی کردن با او احساس حقارت کرده‌ام، ولی به خاطر حفظ آبرو او را تحمل می‌کنم. سالهاست که از هم جدا هستیم و هیچگونه رابطه‌ای با هم نداریم این امر مرا عصبی و ناراحت کرده است. تقریباً خانواده‌ای از هم پاشیده هستیم و به همین دلیل دخترم نیز دچار ناراحتی عاطفی است. وقتی که این پسر سوم دبیرستان بود از طرف مدرسه به من اطلاع دادند که پسرم تمایلات هم‌جنس خواهانه دارد و وضع ظاهر و لباس پوشیدن او مناسب نیست. او را برای معالجه نزد چند روان‌پزشک بردم و همگی آن‌ها تشخیص دادند که پسرم تغییر جنسیت طلب است. به پیشنهاد روان‌پزشک برای تشخیص نوع جنسیت پسر، آزمایش‌های مختلفی انجام دادیم. هیچ نوع علامتی از نابهنجاری‌های جنسی بدنی دیده نشد. سپس او را برای تغییر جنسیت نزد متخصص بردم که به من گفت این امکان کار وجود ندارد. یک ماه پیش نیز پسر ۶ عدد آمپول هورمون زنانه تزریق کرده است».

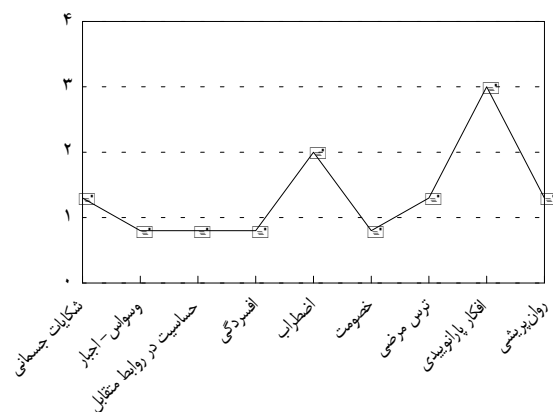
تدابیر تشخیصی. افزون بر مصاحبه‌ی بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV که توسط نویسنده‌ی اول مقاله انجام شد، جهت بررسی وضعیت روانی همراه با تبدل‌خواهی جنسی آزمون‌های SCL-90-R و MMPI نیز اجرا شد. نتایج مصاحبه‌ی بالینی و آزمون‌های

یادشده نشان داد که مراجع از وجود اضطراب، افسردگی، احساس خود کوچک بینی، شکایت های جسمانی و افکار بدبینی نسبت به دیگران در رنج است. نمودارهای ۱ و ۲ به ترتیب نیمرخ روانی مراجع را در آزمون های MMPI و SCL-90-R پیش از درمان نشان می دهند. برای اطمینان از درستی تشخیص، مراجع به روان پزشک ارجاع گردید و تشخیص مورد تأیید قرار گرفت.

نمودار ۱- نیمرخ روانی در آزمون MMPI پیش از درمان



نمودار ۲- نیمرخ روانی در آزمون SCL-90-R پیش از درمان



در نشست های درمانی والدین اظهار کردند که جو خانوادگی آن ها از دوران کودکی فرزندشان تاکنون کاملاً متشنج و از هم پاشیده بوده است. ازسوی دیگر، مراجع در یک نشست انفرادی اظهار کرد که از کودکی احساس خوبی نسبت به پدرش نداشته و از او متنفر بوده است و هم اکنون نیز این احساس را دارد.

در نشست های انفرادی برای مراجع تشریح شد که امکان عمل جراحی کاملاً موفق که او بتواند یک زن کامل شود برای تغییر جنسیت وجود ندارد و مراجع باید بکوشد که جنسیت واقعی خود را بپذیرد و به فعالیت های متناسب با جنسیت خود بپردازد. در نشست های بعدی مراجع اظهار کرد هم اکنون با این که دوست دارم دختر باشم، اما تمایلی به برقراری روابط جنسی با هیچ مرد یا زنی ندارم. در این جلسه مراجع به این بینش رسید که امکان تغییر جنسیت به صورت کاملاً موفق وجود ندارد و باید تلاش کند که جنسیت فیزیولوژیکی خود را پذیرفته و با آن سازگار شود. هم چنین درمانگر ضمن تشریح باورهای غیرمنطقی و نادرست و چگونگی جایگزین کردن باورهای منطقی و درست به جای آن ها، از مراجع خواست تا بر جنبه های جنسی مردانه ی خود متمرکز شود. در نشست های بعد مراجع اظهار کرد که اگر چه تا حدودی واقعیت امر را متوجه شده و از تمایل او برای جلب توجه مرد ها کاسته شده است، نسبت به دخترها نیز تمایل زیادی ندارد و به آن ها در حد یک دوست تمایل دارد. پس از چند جلسه خانواده درمانی در یکی از نشست های انفرادی، مراجع اظهار کرد که روابطش با خانواده بهتر شده است. درمانگر ضمن تأیید و تشویق افکار منطقی مراجع بر پیشرفت درمانی آزمودنی تأکید کرده و از او خواست تا نقش های جنسی مردانه را بیشتر تمرین کند و از انجام حرکت ها و رفتار دخترانه بپرهیزد. در نشست های بعدی مراجع اظهار کرد که کمتر آرایش می کند و به همین دلیل مرد ها کمتر مزاحم او می شوند. هم چنین مراجع اظهار کرد در دوران دبیرستان که بودم یک بار به شدت آرایش کردم و با یکی از دوستانم که دوجنسیتی^۱ بوده و مانثو پوشیده بود بیرون رفتیم. نیروی انتظامی ما را دستگیر و زندانی کرد. دو شب در زندان بودم و مرد های زندانی می خواستند با من ارتباط جنسی برقرار کنند. از آن به بعد دچار کابوس می شدم

1- hermaphroditism

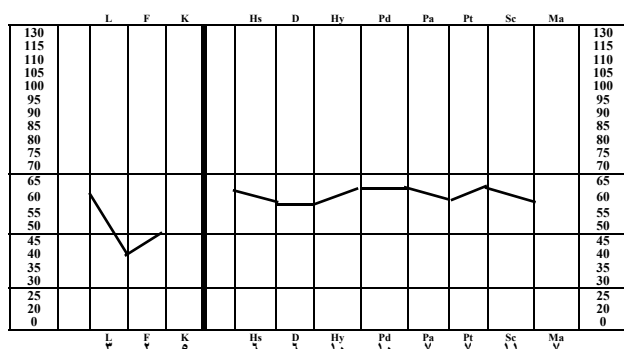
و شدت آرایش کردنم زیادتر شده بود، به طوری که در مدرسه ابروهایم را بر می‌داشتم و دوستانم می‌گفتند که خیلی قشنگ شده‌ای و من از توجه آن‌ها لذت می‌بردم و با بعضی از آن‌ها ارتباط جنسی برقرار می‌کردم و از نقش جنسی منفعل و دخترانه‌ی خود لذت زیادی می‌بردم. اما حالا وقتی مردی به من دست می‌زند دچار احساس بدی می‌شوم، از خودم بیزار می‌شوم و احساس حقارت و ناامیدی شدیدی می‌کنم. در این مرحله از درمان، درمانگر با تشکیل جلسه‌ای با حضور والدین و بدون حضور فرزندان، آن‌ها را در جریان پیشرفت‌های درمانی مراجع قرار داد و از آن‌ها خواست تا رفتارهای مناسب با جنس مراجع را از طریق توجه، تأیید و تشویق، تقویت و با بی‌توجهی به رفتارهای نامتناسب او، آن رفتارها را خاموش کنند. سپس طی جلسه‌ای خانوادگی با حضور کلیه‌ی اعضای خانواده، پس از برگزاری جلسه‌های هفتگی مثبت‌نگری، مراجع اظهار کرد: «در کلاس، تمام وقتم را صرف خیال‌بافی می‌کنم و در رؤیاهایم خودم را دختر می‌بینم، اما وقتی با پسرهای همکلاسی‌ام هستم، کوشش می‌کنم مثل پسرها رفتار کنم و تقریباً این را پذیرفته‌ام که پسر هستم و تلاش می‌کنم افکار و تمایلات نادرستم را کنترل کنم. پس از چند جلسه‌ی درمانی که روانپزشک (نویسنده دوم) نیز در آن شرکت می‌نمود مراجع اظهار کرد: «چون اطمینان دارم که با عمل جراحی امکان تغییر جنسیت به طور کامل وجود ندارد، بنابراین حتماً سرنوشت این چنین بوده که من یک پسر باشم و کوشش خواهم کرد رفتارهای پسرانه داشته باشم و احساساتم را با جنسیت واقعی‌ام تطبیق دهم. طی هفت ماه گذشته هیچ رابطه‌ی جنسی هم جنس خواهانه‌ای نداشته‌ام، اما گاهی اوقات احساس می‌کنم اگر موقعیتی پیش بیاید باز هم تن به این کار می‌دهم». در این جلسه از آزمودنی خواسته شد تا اقدام به تهیه‌ی جدول فعالیت‌ها و اعمال روزانه کند و در آن جدول فعالیت‌های مثبت و منفی و اهداف اصلی و فرعی خود را با تصور این که او یک زن است ثبت کند. در

جلسه‌ی بعد آزمودنی ضمن تهیه و ارایه‌ی جدول یادشده، اظهار کرد که در هفته‌ی گذشته، به شدت آرایش کرده، موهای صورت و ابروهایش را کاملاً برداشته و در تخیلات و رؤیاهایش نیز خود را به صورت یک زن می‌دیده است. وقتی خانم‌ها را در خیابان می‌دیده که با مردها راه می‌روند، او نیز دوست داشته است که یک زن باشد و روزها با آرایش بیرون می‌رفته و حتی با چند پسر قرار ملاقات داشته، اما روابط جنسی با آن‌ها نداشته است. در جلسه‌ی بعد مراجع ضمن تهیه‌ی جدول گزارش دهی فعالیت‌ها و اهداف روزانه‌ی خود، اظهار کرد که طی هفته‌ی گذشته با چند دختر به صورت تلفنی تماس برقرار کرده و صحبت کرده، با ظاهری کاملاً مردانه بیرون رفته و در محیط دانشکده بیشتر با دخترهای همکلاسی‌اش هم صحبت شده و احساس می‌کرده است که تمایلی به داشتن روابط عاشقانه با مردها ندارد. در این جلسه از مراجع خواسته شد تا بر اهداف معنوی و اصلی خود تمرکز بیشتری داشته باشد و چند نمونه از اهداف معنوی و دنیوی خود را ذکر کند. او اهدافی چون به دست آوردن مدرک، پول، ثروت و شهرت را به عنوان اهداف فرعی خود مطرح و اظهار کرد: «اگرچه تغییر جنسیت را دلم می‌خواهد، اما عقل و منطقم این را نمی‌خواهد و مرا از این کار باز می‌دارد، زیرا هدف اصلی من رسیدن به کمال واقعی و افزایش معنویت است و تصمیم دارم که به این هدف اصلی و مهم خود نزدیک‌تر شوم». در این مرحله از درمان با توجه به بهبودی نسبی آزمودنی روان‌شناس بالینی مجدداً اقدام به تشکیل جلسه‌ای خانوادگی با حضور والدین کرده و آن‌ها را از میزان پیشرفت درمان مراجع آگاه کرد. والدین نیز اظهار کردند که فرزندشان آرایش نمی‌کند، لباس‌های مردانه می‌پوشد و مطلقاً حرفی از تغییر جنسیت نمی‌زند. اما هنوز هم موهایش بلندتر از معمول است و حاضر نیست آن‌ها را کوتاه کند. سپس طی جلسه‌ای انفرادی با مراجع از او خواسته شد تا فعالیت‌های هفتگی خود را گزارش کند. او اظهار کرد

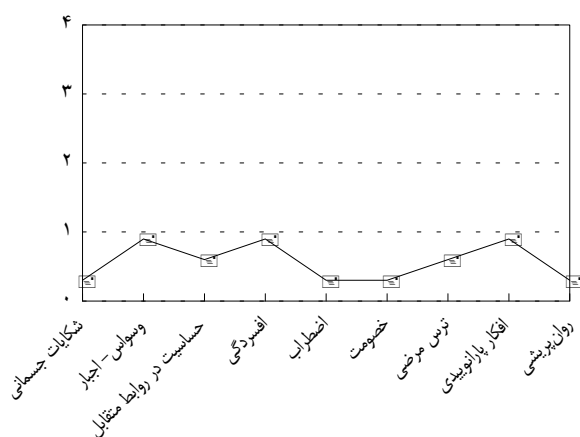
که طی هفته‌ی گذشته از نظر روحی بسیار راحت بوده و در کارهای گروهی کلاسی‌اش با دخترها هم گروه شده است. ظاهراً کاملاً مردانه بوده، هیچ مزاحمتی از طرف پسرهای ولگرد نداشته و احساس کرده که کارهای او هم جامعه‌پسندانه و هم خدایسندانه و هم موجب رضایت و خشنودی خانواده‌اش شده است. در این جلسه از مراجع خواسته شد تا تلاش بیشتری برای رسیدن به اهداف معنوی خود کند و میزان ارتباط‌های دوستانه، تفریحی و تحصیلی خود را با دخترها افزایش دهد و هم‌چنان به تهیه‌ی جدول گزارش دهی اهداف و فعالیت‌های روزانه ادامه دهد. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد: احساس می‌کند ۲۰ سال از عمرش بیهوده تلف شده و به دنبال یک خواسته و آرزوی واهی و غیرمنطقی بوده است و اکنون تمایل دارد که به صورت یک مرد زندگی را ادامه و مانند هر پسری، ازدواج کرده و تشکیل خانواده دهد. اما از این موضوع که مبدا همسر آینده‌اش بداند که او زمانی روابط هم جنس خواهانه داشته و خود را یک دختر می‌دانسته نگران است و وحشت دارد. درمانگر ضمن تشویق مراجع برای پذیرش نقش‌ها و ویژگی‌های جنسی مردانه، بر اهداف معنوی، تزکیه‌ی نفس و خودسازی مراجع تأکید کرد. مراجع گفت: از داشتن ویژگی‌های جسمی و جنسی مردانه به هیچ وجه ناراحت نیست و احساس می‌کند که در زندگی مفید واقع شده و توانسته است با انجام فعالیت‌های منطقی و مثبت خود، موجب رضای خداوند شود و به هدف‌های معنوی خود دست یابد. در این مرحله از درمان باتوجه به پیشرفت در درمان بهبودی مراجع برای او تشریح شد که نیازی به تهیه‌ی جدول گزارش دهی فعالیت‌های روزانه نمی‌باشد، اما افزایش فعالیت‌های متناسب با جنسیت هم‌چنان ضروری است. هم‌چنین با تشکیل جلسه‌ای خانوادگی از اعضای خانواده خواسته شد تا فعالیت‌ها و حالات منطقی و متناسب مراجع را بیشتر تشویق و تقویت کنند. جو عاطفی و آرامی در خانواده حاکم و بدین وسیله درمان فرزند خود را تسهیل سازند و مقدمات ازدواج

او را فراهم آورند. در نشست‌های بعدی مراجع بیان نمود که هیچ گونه تمایلی به تغییر جنسیت ندارد و کاملاً از جنسیت کنونی خود رضایت دارد و برای پیشگیری از لغزش و رسیدن به هدف‌های معنوی خود تصمیم به ازدواج دارد و در صورت پیدا کردن دختر مورد علاقه‌اش ازدواج خواهد کرد. باتوجه به بهبودی مراجع، روان‌شناس بالینی دوباره آزمون‌های MMPI و SCL-90-R را اجرا و مراجع را از نتایج آن‌ها آگاه کرد. چنان‌چه در نمودارهای ۳ و ۴ دیده می‌شود نیمرخ روانی مراجع در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R بهنجار می‌باشد و هیچ گونه نشانه‌ای از شکایت‌های بدنی، اضطراب، احساس حقارت و افسردگی و افکار سوءظن و بدبینی در آزمودنی دیده نمی‌شود. گفتنی است که مراجع تا یک سال مورد پی‌گیری پس از درمان بود و هیچ گونه نشانه‌ای از عود بیماری در او دیده نشد.

نمودار ۳- نیمرخ روانی در آزمون MMPI پس از درمان



نمودار ۴- نیمرخ روانی در آزمون SCL-90-R پس از درمان



رفتاری با یکدیگر مقایسه کردند تا یافته‌های معتبرتری به دست آید.

خدایاری‌فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان-درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. شماره‌ی ۱، ۱۶۴-۱۴۰.

زارب، جی. ام. (۱۳۸۱). *ارزیابی و شناخت - رفتار درمانی نوجوانان*. ترجمه‌ی محمد خدایاری‌فرد و یاسمین عابدینی، تهران: انتشارات رشد.

هادوک، ویلیام؛ اسلید، پیت (۱۳۷۷). *رفتار درمانی شناختی اسکیزوفرنیا*. ترجمه‌ی حمید پورشریفی، مجید محمود علیلو و تورج هاشمی نصرت آباد، تهران: انتشارات دانشگاه آزاد.

هی‌لی، جی. (۱۳۶۵). *روان درمانی خانواده*، ترجمه‌ی باقر ثنائی، تهران: انتشارات امیرکبیر.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). New York: American Psychiatric Press. (p.p. 642-649).

Barlow, D.H., Abel, G.C., & Blanchard, E.B. (1979). Gender identity change in transsexuals: Follow-up replications. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1001-1007.

Bradeley, S.J., Steiner, B., Zucker, K., Doering, R. W., Sullivan, J., Finegan, J.D., & Richardosn, M. (1978). Gender identity problems of children and adolescents. *Canadian Psychiatry Association Journal*, 23, 175-183.

Byramkarasu, T. (1999). Spiritual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 143-162.

Chase, C.H. (1999). Long-term psychological evaluation of intersexes children: Commentary. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 103-107.

با مقایسه‌ی نیمرخ روانی مراجع در آزمون‌های MMPI و SCL-90-R پیش از درمان و پس از آن، می‌توان گفت که به کارگیری روش‌های شناختی-رفتاری با تأکید بر درمان معنوی، در درمان تبدل‌خواهی جنسی و اختلال‌های همراه آن یعنی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی مراجع مؤثر بوده است.

یکی از دلایل احتمالی تأثیر و کارآمدی روش‌های درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلال یادشده کار گروهی و همکاری میان روان‌شناس و روان‌پزشک و تأکید بر ویژگی‌ها و جنبه‌های مذهبی، معنوی و اخلاقی مراجع و گسترش این ویژگی‌ها بوده است. هم‌چنین تشکیل نشست‌های درمانی با خانواده در کنار نشست‌های فردی و هماهنگی، همکاری و مشارکت کلیه‌ی اعضای خانواده به‌ویژه پدر و مادر در امر درمان نیز از جمله دلایل احتمالی تأثیر روش‌های پیش‌گفته در درمان مراجع بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های والترز و وایت‌هد (۱۹۹۹)، چیس (۱۹۹۹) و کرانبرگ^۱، تیانو^۲، اپتر^۳ و ویجسنبک^۴ (۱۹۸۱) همسو است. والترز و وایت‌هد (۱۹۹۹) توانستند یک پسر نوجوان مبتلا به اختلال تبدل‌خواهی جنسی را با استفاده از درمان معنوی درمان کنند. ازسوی دیگر چیس (۱۹۹۹) نیز در پژوهش خود دریافت که خانواده درمانی، شیوه‌ی درمانی کارآمدی برای درمان مبتلایان به اختلال تبدل‌خواهی جنسی می‌باشد. در این زمینه کرانبرگ و همکاران (۱۹۸۱) نیز به کارآمدی روان‌درمانی مبتنی بر رفتار درمانی در درمان اختلال تبدل‌خواهی جنسی در یک دختر ۱۵ ساله اشاره نموده است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن گروه گواه و بررسی تنها یک آزمودنی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده ضمن در نظر گرفتن گروه گواه شیوه‌های گوناگون روان‌درمانی، از جمله روان‌تحلیل‌گری، رفتار درمانی و درمان شناختی-

- Corsini,R.J.(1999). *The dictionary of psychology*. Philadelphia: Brunner / Mazel.
- Kronberg,J.,Tyano,S.,Apter,A.,&Wijssenbeck,H.(1981). Treatment of transsexualism in adolescence. *Journal of Adolescence*, 4,177-185.
- Lothstein,L.M.(1980). The adolescent gender dysphoric patient: An approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 93-109.
- Meyenburg,B.(1999). Gender identity disorder in adolescents:Outcomes of psychotherapy. *Adolescence*, 34,305-313.
- Rekers,G.A.,Kilgus,M.D.,& Rosen,A.C. (1990). Long-term effects of treatment for childhood gender disturbance. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3, 121-153.
- Rekers,G.A.(1995). Assessment and treatment methods for gender identity disorder and transvestism. In G.A.Rekers (Ed.). *Handbook of child and adolescent sexual problems*,New York: Lexington Books. (p.p. 272-289).
- Rekers,G.A.(1997). Escaping the bondage of early environment. In R. Mc Quikin (Ed.).*Free and fulfilled*, Nashville, TN: Thomas Nelson. (p.p. 166-183).
- Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Walker,C.E.,& Roberts,M.C.(2001). *Handbook of clinical child psychology*. (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Walters,E.,& Whitehead,L.(1999). Anorexia nervosa in a young boy with gender identity disorder of childhood: A case report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2, 463-467.
- Willam,W.(2000). *Psychotherapy & spirituality, crossing the line between therapy and religion*, London: Sage Publication.